

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17-18

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017-2018

*Standing Senate Committee on
National Security and Defence
Proceedings of the Subcommittee on*

*Comité sénatorial permanent de la
sécurité nationale et défense
Délibérations du Sous-comité des*

VETERANS AFFAIRS

ANCIENS COMBATTANTS

Chair:
The Honourable JEAN-GUY DAGENAIS

Président :
L'honorable JEAN-GUY DAGENAIS

Wednesday, June 6, 2018

Le mercredi 6 juin 2018

Issue No. 17

Fascicule n° 17

Fourteenth meeting:

Quatorzième réunion :

Study on the services and benefits provided to
members of the Canadian Forces; to veterans;
to members and former members of the Royal
Canadian Mounted Police and their families

Étude sur les services et les prestations dispensés
aux membres des Forces canadiennes; aux anciens
combattants; aux membres et anciens membres de
la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles

and

et

First meeting:
Election of the deputy chair

Première réunion :
Élection du vice-président

WITNESS:
(See back cover)

TÉMOIN :
(Voir à l'endos)

SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Jean-Guy Dagenais, *Chair*

The Honourable Mobina S.B. Jaffer, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Boniface
McIntyre
Richards

(Quorum 3)

SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

Président : L'honorable Jean-Guy Dagenais

Vice-présidente : L'honorable Mobina S.B. Jaffer

et

Les honorables sénateurs :

Boniface
McIntyre
Richards

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 6, 2018
(27)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs met this day at 12 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Jean-Guy Dagenais, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Boniface, Dagenais, Jaffer, McIntyre and Richards (5).

In attendance: Isabelle Lafontaine-Emond, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Senator Boniface moved that the Honourable Senator Jaffer be deputy chair of the subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Monday, February 1, 2016, the subcommittee continued its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the subcommittee, Issue No. 1.*)

Topic: Study on Cannabis Use for Medical Purposes by Canadian Veterans

WITNESS:

Department of National Defence and Canadian Armed Forces:

Colonel Rakesh Jetly, Senior Psychiatrist and Mental Health Advisor, Canadian Forces Health Services Group.

The chair made a statement.

Colonel Jetly made a statement and answered questions.

At 12:31 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Le greffier du sous-comité,

Adam Thompson

Clerk of the Subcommittee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 6 juin 2018
(27)

[Traduction]

Le Sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui, à 12 heures, dans la pièce 2 de l'immeuble Victoria, sous la présidence de l'honorable Jean-Guy Dagenais (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Boniface, Dagenais, Jaffer, McIntyre et Richards (5).

Également présente : Isabelle Lafontaine-Emond, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

La sénatrice Boniface propose que l'honorable sénatrice Jaffer soit élue vice-présidente du sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 1^{er} février 2016, le sous-comité poursuit son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du sous-comité.*)

Sujet : Étude sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants canadiens.

TÉMOIN :

Ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes :

Colonel Rakesh Jetly, psychiatre principal et conseiller en santé mentale, Groupe des services de santé des Forces canadiennes.

Le président prend la parole.

Le colonel Jetly fait un exposé et répond aux questions.

À 12 h 31, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 6, 2018

The Subcommittee on Veterans Affairs met this day at noon to continue its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families (Topic: study on cannabis use for medical purposes by Canadian veterans).

Senator Jean-Guy Dagenais (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Colleagues, we are going to begin our meeting without further delay. I will ask the honourable senators to introduce themselves, starting on my right.

[*English*]

Senator Boniface: Gwen Boniface from Ontario.

Senator McIntyre: Paul McIntyre, New Brunswick.

Senator Jaffer: Mobina Jaffer from British Columbia.

[*Translation*]

The Chair: Before we introduce our guest, we must deal with an item of committee business. Is there a motion to nominate a senator as deputy chair of the Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on National Security and Defence?

[*English*]

Senator Boniface: I would propose Senator Jaffer.

[*Translation*]

The Chair: Senators, do you accept Senator Jaffer's nomination?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Everyone is in agreement. Congratulations to Senator Jaffer, our new deputy chair.

That being said, I will now welcome our witness. Today, we are continuing our study on cannabis use for medical purposes by Canadian veterans. Our witness from the Department of National Defence and Canadian Armed Forces is Colonel Rakesh Jetly, senior psychiatrist and mental health advisor, Canadian Forces Health Services Group.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 6 juin 2018

Le Sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui, à 12 heures, afin de poursuivre son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes, aux anciens combattants, aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et à leurs familles.

Le sénateur Jean-Guy Dagenais (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Chers collègues, sans plus tarder, nous allons commencer notre réunion. Je vais demander aux honorables sénateurs de bien vouloir se présenter, en commençant par ma droite.

[*Traduction*]

La sénatrice Boniface : Gwen Boniface, de l'Ontario.

Le sénateur McIntyre : Paul McIntyre, du Nouveau-Brunswick.

La sénatrice Jaffer : Mobina Jaffer, de la Colombie-Britannique.

[*Français*]

Le président : Avant de présenter notre invité, nous devons nous occuper d'une question d'intendance. Y a-t-il des propositions pour l'élection d'un sénateur à titre de vice-président du Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense?

[*Traduction*]

La sénatrice Boniface : Je propose la sénatrice Jaffer.

[*Français*]

Le président : Mesdames et messieurs les sénateurs, acceptez-vous la nomination de la sénatrice Jaffer?

Des voix : D'accord.

Le président : Tout le monde est d'accord. Félicitations à notre nouvelle vice-présidente, la sénatrice Jaffer.

Sur ce, je profite de l'occasion pour souhaiter la bienvenue à notre témoin. Nous poursuivons aujourd'hui notre étude sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants canadiens. Notre témoin, du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes, est le colonel

Colonel Jetly, since we saw each other last Monday, I welcome you again. We are going to listen to your opening statement, and then we will have a question period.

I now invite you to make your presentation.

[English]

Colonel Rakesh Jetly, Senior Psychiatrist and Mental Health Advisor, Canadian Forces Health Services Group, Department of National Defence and Canadian Armed Forces: Thank you very much, chair and senators, for the opportunity to make these brief introductory remarks. I'm Colonel Rakesh Jetly and I am the Senior Psychiatrist for the Canadian Armed Forces. I have various roles within the Canadian Forces Health Services, including the role of mental health advisor to the Surgeon General.

I have served since the late 1980s in various roles, including as a general duty medical officer and a psychiatrist in several deployed settings, including a recent mission in Kandahar. My current role includes being the head of our Canadian Forces Health Services Centre of Excellence, as well as the first occupant of the Canadian Forces Brigadier Jonathan C. Meakin's Chair in Military Mental Health, which is part of the Institute of Mental Health Research, the IMHR, at the Royal Ottawa Hospital.

These last two positions allow future thinking and research initiatives to become a reality. The current evidence-based treatments for mental health conditions are the best we have ever had, but they do not work for everybody. As well, in the treatment of mental health conditions, not just within the military, there is a trial-and-error approach that can be frustrating to both clinician and patient. We simply cannot predict which treatment will work for a particular patient. This is in contrast to the staging and tissue typing that advises, for example, chemotherapy for breast cancer. Interestingly, recent literature has emerged that suggests the evidence-based treatments that work for civilian PTSD, such as rape and motor vehicle accidents, are less effective in veterans and active duty military. We cannot rely on the simple translation of civilian research.

Our research focuses on three main thrusts. The first is understanding the biological underpinnings of mental illness. We must understand what occurs within the brain and the rest of the

Rakesh Jetly, psychiatre principal et conseiller en santé mentale, Groupe des services de santé des Forces canadiennes.

Colonel Jetly, comme nous nous sommes vus lundi dernier, je vous souhaite de nouveau la bienvenue. Nous allons écouter vos remarques préliminaires, et il y aura par la suite une période de questions.

Je vous invite maintenant à faire votre présentation.

[Traduction]

Colonel Rakesh Jetly, psychiatre principal et conseiller en santé mentale, Groupe de services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes : Monsieur le président, mesdames et monsieur les sénateurs, je vous remercie de me donner l'occasion de faire de brèves observations préliminaires. Je suis le colonel Rakesh Jetly, psychiatre principal des Forces armées canadiennes. J'occupe diverses fonctions au sein du Groupe des services de santé des Forces canadiennes, y compris celles de conseiller en santé mentale auprès du médecin général.

Depuis la fin des années 1980, j'ai occupé différents postes, y compris ceux de médecin militaire généraliste et de psychiatre dans le cadre de plusieurs déploiements, dont notre récente mission à Kandahar. À l'heure actuelle, je dirige le centre d'excellence du Groupe des services de santé des Forces canadiennes et je suis premier titulaire de la Chaire des Forces canadiennes Brigadier Jonathan C. Meakin en santé mentale chez les militaires, à l'Institut de recherche en santé mentale, l'IRSM, de l'Hôpital Royal Ottawa.

Ces deux derniers postes permettent de penser à l'avenir et de concrétiser des initiatives de recherche. Les traitements actuels fondés sur des données probantes pour les troubles de santé mentale sont les meilleurs que nous n'ayons jamais eus, mais ils ne fonctionnent pas pour tout le monde. De plus, en ce qui concerne le traitement des troubles de santé mentale, on a recours à une approche d'essais et erreurs qui peut être frustrante tant pour les cliniciens que pour les patients. Nous ne pouvons tout simplement pas prévoir quel traitement va fonctionner pour un patient donné. C'est le contraire de la détermination des stades d'une maladie et du typage tissulaire qui permettent de recommander, par exemple, la chimiothérapie pour le traitement du cancer du sein. Fait intéressant, des publications récentes suggèrent que les traitements fondés sur des données probantes qui fonctionnent pour les civils atteints d'un trouble de stress post-traumatique, par exemple à la suite d'un viol ou d'un accident de la route, sont moins efficaces pour les anciens combattants et les militaires en service actif. Nous ne pouvons donc pas compter sur le simple recours à une recherche faite auprès des civils.

Nos recherches ont trois principaux objectifs. Le premier est de comprendre les causes biologiques des maladies mentales. Nous devons effectivement comprendre ce qui se passe dans le

body. We know more about brain circuits impacted, electrophysiology, hormones and other blood markers. This understanding will help make the invisible visible. These studies will also potentially give us objective markers of disease and recovery. We have many such ongoing studies.

The second thrust is leveraging technology. Science can, in 2018, analyze billions of data points to predict suicide, illness or resilience. We can develop apps and online treatments, and use video platforms for assessment and treatment. Neuroimaging can aid in objectively demonstrating treatment impact. Several studies are ongoing in this area. We have also developed an app for our Road to Mental Readiness program.

The previous two thrusts will contribute to the third, which is personalized or precision medicine. Using science and predictive analytics, we may be able to suggest treatments more likely to be successful, and thus reducing trial and error. We have two studies underway using genetics and electrophysiology of the brain to predict antidepressant response.

You have asked me here today to discuss the use of cannabis in the treatment of mental illness. The CAF feels there is insufficient evidence currently to suggest marijuana as a treatment for illness such as PTSD. As such, our policies do not permit reimbursement for marijuana, nor do our clinicians recommend its use.

We have evidence of the potential harm of marijuana, including apathy, depression, anxiety and psychosis. There is also an increased risk of cognitive difficulties and accidents. It should be noted that many medications we use also have significant side effects, but also have documented scientific evidence of benefit. Our policies, such as spectrum of care, do not permit us to deviate from evidence-based approaches.

Having said this, I'm compelled by the anecdotes and stories of those doing well using marijuana for a myriad of health conditions. I am excited by the potential benefits that lie undiscovered within the endocannabinoid system. Substances would not affect us if we did not have receptors in the body for them. Much like receptors for opioids and alcohol, there are natural receptors for cannabinoids and natural cannabinoids that the body makes. As an example, neuroimaging of the PTSD brain shows it lighting up like a Christmas tree when we look at the endocannabinoid system. Simply put, the endocannabinoid

cerveau et dans le reste du corps. Nous en savons plus sur les circuits cérébraux affectés, l'électrophysiologie, les hormones et d'autres marqueurs sanguins. Ces connaissances permettront de rendre l'invisible visible. Ces études pourraient aussi potentiellement nous donner des balises objectives concernant la maladie et le rétablissement. Nous avons beaucoup d'études de ce type en cours.

Le deuxième objectif est de tirer profit de la technologie. En 2018, grâce à la science, on peut analyser des milliards de points de données pour prédire le suicide, la maladie ou la résilience. Nous pouvons mettre au point des applications et des traitements en ligne, et utiliser des plateformes vidéo aux fins d'évaluation et de traitement. La neuroimagerie peut aider à démontrer objectivement les effets du traitement. Plusieurs études sont en cours dans ce domaine. Nous avons également mis au point une application pour notre programme En route vers la préparation mentale.

Les deux objectifs précédents contribuent au troisième, soit la médecine personnalisée ou de précision. À l'aide de la science et de l'analytique prédictive, nous pourrions peut-être proposer des traitements plus susceptibles de réussir et réduire ainsi les essais et erreurs. Nous avons deux études en cours sur la génétique et l'électrophysiologie du cerveau pour prédire la réponse au traitement antidépresseur.

Vous m'avez demandé de venir ici aujourd'hui pour discuter de l'utilisation du cannabis dans le traitement des maladies mentales. Les Forces armées canadiennes estiment qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments probants pour conseiller la marijuana dans le traitement de maladies comme le trouble de stress post-traumatique. Par conséquent, nos politiques n'autorisent pas le remboursement de la marijuana et nos cliniciens ne recommandent pas son utilisation.

Nous avons la preuve des dangers possibles de la marijuana, y compris l'apathie, la dépression, l'anxiété et la psychose. Il y a également un risque accru d'accidents et de troubles cognitifs. Il faut noter que de nombreux médicaments que nous utilisons ont également de sérieux effets secondaires, mais qu'il y a aussi des données scientifiques probantes sur leurs bienfaits. Nos politiques, comme la gamme de soins, ne nous permettent pas de nous éloigner des approches fondées sur des données probantes.

Cela dit, je me sens interpellé par les anecdotes et les histoires de ceux qui vont mieux grâce à l'utilisation de la marijuana pour traiter une multitude de problèmes de santé. Je suis enthousiasmé par les bienfaits potentiels toujours cachés dans le système endocannabinoïde. Ces substances ne nous affecteraient pas si nous n'avions pas les récepteurs pour elles dans notre corps. Comme les récepteurs pour les opiacés et l'alcool, il y a des récepteurs naturels pour les cannabinoïdes et les cannabinoïdes naturels produits par le corps. À titre d'exemple, la neuroimagerie du cerveau d'une personne atteinte d'un trouble de stress post-traumatique montre que le cerveau s'illumine

receptors are found in great concentration in the same region of the brain already well-established as important in PTSD.

Definitive research is needed to better understand this system and its potential. Our own CAF team published an article in 2014 on our small study demonstrating the efficacy of Cesamet, a synthetic endocannabinoid, in reducing PTSD nightmares. We need to establish the safety and efficacy of marijuana in the treatment of mental illness such as PTSD.

All three of our research thrusts should be utilized in such a study. Brain imaging and other biomarkers can measure effective change. There are over 630,000 ways of meeting the criteria for PTSD and that number is multiplied by potential co-occurring illness such as pain, addiction and depression. There clearly will not be one treatment that fits all. Perhaps marijuana helps one subpopulation, but not the others. Research will help us to identify these precise solutions.

I look forward to answering your questions. Thank you.

[Translation]

The Chair: Thank you very much, Colonel Jetly.

Before proceeding to our question period, I would like to note the presence of Senator David Richards from New Brunswick.

I now yield the floor to Senator Jaffer.

[English]

Senator Jaffer: Colonel Jetly, thank you very much for once again coming here. You have made yourself available so many times and we appreciate you working with us. One of the things that we have heard — I don't know if this is what you see as well — is PTSD affects people differently, not just veterans, and at different times.

For somebody that was part of the Canadian Armed Forces and they leave, and maybe they suffer PTSD two years later, if that happens, what kind of help would a person get? Can they come back and say, "This was when I was in the army?" Do they get help? Is the answer, "No, two years is too long?" I'm just giving an example. Can you explain?

comme un arbre de Noël quand on regarde le système endocannabinoïde. Bref, les récepteurs endocannabinoïdes se trouvent en grande concentration dans les mêmes régions du cerveau qui sont déjà établies comme importantes dans le trouble de stress post-traumatique.

Il faut faire des recherches approfondies pour mieux comprendre ce système et son potentiel. Notre propre équipe des Forces armées canadiennes a publié en 2014 un article sur notre petite étude qui démontre l'efficacité de Cesamet, un endocannabinoïde synthétique, dans la réduction des cauchemars attribuables au trouble du stress post-traumatique. Nous devons déterminer l'innocuité et l'efficacité de la marijuana dans le traitement de maladies mentales comme le trouble du stress post-traumatique.

Nos trois objectifs de recherche devraient être utilisés dans une telle étude. L'imagerie cérébrale et d'autres biomarqueurs peuvent mesurer le changement réel. Il y a plus de 630 000 façons de répondre aux critères du trouble de stress post-traumatique, et ce nombre est multiplié par les troubles concomitants possibles comme la douleur, la dépendance et la dépression. Il n'y aura manifestement pas de traitement universel. Peut-être que la marijuana aide une sous-population, mais pas d'autres. La recherche nous aidera à trouver des solutions précises.

J'ai hâte de répondre à vos questions. Merci.

[Français]

Le président : Merci beaucoup, colonel Jetly.

Avant de passer à la période des questions, j'aimerais signaler la présence du sénateur David Richards, du Nouveau-Brunswick.

Nous allons maintenant céder la parole à la sénatrice Jaffer.

[Traduction]

La sénatrice Jaffer : Colonel Jetly, merci beaucoup de témoigner à nouveau. Vous nous avez donné de votre temps à maintes reprises, et nous vous sommes reconnaissants de travailler avec nous. Nous avons entre autres entendu — je ne sais pas si vous observez la même chose — que le trouble de stress post-traumatique affecte les gens différemment, pas seulement les anciens combattants, et à différents moments.

Une personne ayant servi dans les Forces armées canadiennes peut souffrir du trouble de stress post-traumatique deux ans plus tard, si c'est le cas. Quel genre d'aide reçoit-elle? Peut-elle revenir et dire que c'est attribuable au temps qu'elle a passé dans l'armée? Reçoit-elle de l'aide? Refuse-t-on de lui en offrir parce que deux années se sont écoulées? Ce n'est qu'un exemple. Pouvez-vous expliquer ce qu'il en est?

Col. Jetly: Sure. Once somebody has left, they never really leave the family. There are regimental families, and certainly there is caring, but from an administrative point of view, the responsibility then falls into Veterans Affairs. With many of our organizations, we have made many attempts with using the Legion, using Veterans Affairs. We're trying to educate family doctors across the country. I go to UBC regularly and speak to the graduating medical school class so people have that number and that way to make that contact, the OSISS peer support.

If somebody is struggling, we're trying to tell the family doctors in the provincial system that if you ask the question of whether they are a veteran, there is a whole suite of services they are eligible for, from treatment to financial support. Then, they would call Veterans Affairs, which would and determine the eligibility.

As the years have gone by, the benefit of the doubt has gone more and more. They will start assessment and treatment prior to the definitive diagnosis and link to service being made, so we're continuing that journey.

One of the vulnerabilities, of course, is the person we don't identify when they are still in. When they are still in, the transition can occur more easily. If they have left and gone to a smaller community, then it is a little bit more difficult, but we're trying to make that easier and easier within government. They can access the health records now because we have been in electronic health records for years. Your file is no longer a big line-up to get photocopied. It's basically a CID with your health records from the military, so it makes it easier.

Senator Jaffer: That is easily available?

Col. Jetly: They have to request it through some kind of a release. Then it's available, yes.

Senator Jaffer: One of the things we have heard in our hearings is that, once a person leaves Canadian Armed Forces, they have to do all the testing again. Does that still exist?

Col. Jetly: Again, we can ask our colleagues at Veterans Affairs, but I would say no, they don't. If we didn't do the testing, if we didn't make the diagnosis then, of course, they will have to be diagnosed. This is where I don't want to mix up the two questions. If we have an established diagnosis of PTSD linked to military on their health records, that's sufficient for Veterans Affairs to go with.

Col Jetly : Bien sûr. Lorsqu'un militaire part, il ne quitte jamais vraiment la famille. Ce sont des familles régimentaires, et on prend certainement soin les uns des autres, mais d'un point de vue administratif, la responsabilité revient alors au ministère des Anciens Combattants. Nous avons déployé beaucoup d'efforts auprès d'un grand nombre de nos organisations, notamment la légion et Anciens Combattants. Nous essayons de sensibiliser les médecins de famille partout au pays. Je me rends régulièrement à l'Université de la Colombie-Britannique pour m'adresser aux finissants en médecine afin qu'ils aient le numéro pour communiquer avec le groupe de soutien par les pairs du programme Soutien social; blessures de stress opérationnel.

Nous essayons de faire comprendre aux médecins de famille dans le système provincial que lorsqu'un patient éprouve de la difficulté et qu'il affirme être un ancien combattant, il existe toute une gamme de services, des traitements au soutien financier. Les médecins peuvent ensuite appeler Anciens Combattants pour déterminer si le patient a droit à ces services.

Au fil des ans, le bénéfice du doute a gagné en importance. L'évaluation et le traitement commencent avant le diagnostic définitif et l'aiguillage vers les services, ce qui signifie que nous poursuivons les démarches.

Bien entendu, l'un des points faibles, c'est le risque de ne pas diagnostiquer la personne lorsqu'elle est encore dans l'armée, alors que la transition peut se faire plus facilement. Lorsque le patient est déjà parti et vit dans une petite collectivité, c'est alors un peu plus difficile, mais nous essayons sans cesse de faciliter les démarches au sein du gouvernement. On peut maintenant consulter les dossiers de santé, car ils sont en format électronique depuis des années. Il n'est plus nécessaire de faire la queue à la photocopieuse pour en obtenir un. C'est essentiellement un disque compact qui contient le dossier de santé du militaire, ce qui facilite les choses.

La sénatrice Jaffer : Ces dossiers sont-ils faciles à obtenir?

Col Jetly : Une demande de transfert doit être présentée, et on peut ensuite les obtenir.

La sénatrice Jaffer : Dans le cadre de nos délibérations, nous avons entre autres entendu que lorsqu'une personne quitte les Forces armées canadiennes, elle doit refaire tous les tests. Est-ce encore ainsi?

Col Jetly : Une fois de plus, nous pouvons poser la question à nos collègues d'Anciens Combattants, mais je dirais que non, ils ne doivent pas refaire les tests. Dans l'éventualité où nous n'aurions pas fait les tests ni rendu un diagnostic, il faut évidemment que ce soit fait. C'est ici que je ne veux pas mélanger les deux questions. Lorsque nous avons dans le dossier de santé un diagnostic établi de trouble de stress post-traumatique attribuable au service militaire, ce dossier suffit à Anciens Combattants.

When they go to a Veterans Affairs clinic and they're meeting the new clinical team, there will be an assessment. So, if I see a patient for the first time, I can't necessarily just take the diagnosis from somebody else and run. There will be, again, an intake into a new clinic.

But from a pension eligibility point of view, if the illness was identified, diagnosed and linked to service within the Canadian Armed Forces, Veterans Affairs can use that to adjudicate the file.

Senator Jaffer: Now, I think last time we asked you about the issue of stigma.

Col. Jetty: Yes.

Senator Jaffer: So, if somebody was still in the Canadian Armed Forces and they were suffering from PTSD, does that automatically mean they have to be released?

Col. Jetty: No, absolutely not. What we're trying to do is introduce the mental health continuum as well — green, yellow, orange and red — and it is getting away from the binary thinking of what healthy is.

Senator Jaffer: Can you explain the colours?

Col. Jetty: Yes. In our Road to Mental Readiness, I spoke yesterday about research and the importance of understanding your population.

When we looked at people's attitude towards illness, there was a binary thinking where you are either healthy or you're not. You're sick or you're not. Just like physical illness, if my back is sore, there is a difference between "It's bugging me today" and "I can't get out of bed." And it can get worse and better as time goes along.

So we have created what's called a Mental Health Continuum. We can bring you some pamphlets to explain how it works. You go from green, healthy; yellow, a bit affected — when you come back from deployment, everybody is kind of yellow — to orange and red. We have ways of checking. We have an app where you can actually check how you're doing today, and it varies. The arrows go back and forth.

We tell people, "When you come back from deployment, you might have a little bit of trouble sleeping for a while. You might be a little sarcastic or irritable, and it should start to get better. If you find it's not getting better or it starts to go into the other ones, then seek help."

Lorsqu'un ancien militaire se rend à une clinique d'Anciens Combattants et qu'il y rencontre la nouvelle équipe, une évaluation sera faite. Donc, si je vois un patient pour la première fois, je ne peux pas nécessairement prendre le diagnostic de quelqu'un d'autre et partir de là. Il y aura encore une fois un processus d'admission à la nouvelle clinique.

Pour ce qui est de l'admissibilité à la pension, si la maladie est diagnostiquée et qu'un lien est établi avec le service dans les Forces armées canadiennes, Anciens Combattants Canada peut s'en servir pour régler le dossier.

La sénatrice Jaffer : Je pense que nous vous avons questionné la dernière fois sur le problème des préjugés.

Col Jetty : Oui.

La sénatrice Jaffer : Donc, si quelqu'un est encore dans les Forces armées canadiennes et souffre du trouble de stress post-traumatique, est-ce que cela signifie qu'il doit automatiquement être libéré?

Col Jetty : Non, pas du tout. Ce que nous essayons de faire, c'est présenter aussi le modèle du continuum de la santé mentale — vert, jaune, orange et rouge —, qui s'écarte du raisonnement binaire à cet égard.

La sénatrice Jaffer : Pouvez-vous expliquer les couleurs?

Col Jetty : Oui. Dans le cadre de notre campagne En route vers la préparation mentale, j'ai parlé hier de la recherche et de l'importance de comprendre sa population.

Quand nous nous sommes penchés sur l'attitude des gens envers la maladie, nous avons observé un raisonnement binaire : soit qu'on est en santé, soit qu'on ne l'est pas; on est malade ou on ne l'est pas. Comme pour une maladie physique, par exemple si j'ai mal au dos, il y a une différence entre être agacé par la douleur et ne pas être capable de sortir du lit. Et la situation peut empirer ou s'améliorer avec le temps.

Nous avons donc créé ce qui s'appelle le continuum de santé mentale. Nous pouvons vous donner des brochures sur son fonctionnement. On passe de vert, soit en santé; à jaune, un peu affecté — au retour d'un déploiement, tout le monde est à peu près au jaune —; à orange et à rouge. Nous avons des moyens de vérifier. Nous avons une application qui permet de cocher comment on se sent chaque jour, et cela change. La flèche fait des va-et-vient.

Nous disons aux militaires qu'au retour d'un déploiement, ils pourraient avoir un peu de difficulté à dormir pendant un certain temps, être un peu sarcastiques ou irritables, et qu'ils devraient ensuite commencer à se sentir mieux. Nous leur disons de demander de l'aide s'ils ne se sentent pas mieux, qu'ils passent aux autres couleurs.

We're trying to have people not self-diagnose a disease, but just say, "I feel good" or "I feel shitty" or "I feel this and it's not getting better." We are teaching people how to recognize it in each other.

The idea, then, is like we said, one of the biggest barriers to care are people not understanding they have an illness. If you look there and do a self-assessment and say, "Hey, I'm kind of here," or you say to your colleague, "Hey, you're kind of" — and I have patients now come and say, "Hey, doc, I think I'm in the orange."

So we have created this way, which is non-stigmatizing. It's just looking at how you're feeling, how you're sleeping and how you're interacting with your buddies. If you notice a change in yourself or you notice it in your buddies, then deal with it, and part of dealing with it might be seeking help. We're trying to work on it that way.

Senator Jaffer: My last question is the gender differences in medical cannabis. Are there gender considerations to take into account with respect to medical cannabis? For example, are there indications that cannabis would affect women differently than men?

Col. Jetly: You're speaking to exactly the need for more research. Once we start looking at cannabis, we have to start thinking about its role in the menstrual cycle, its role in pregnancy and its role in lactation. Does it get into breast milk? I know it's fat soluble, so I imagine there is risk of that, but I've read that there aren't pharmaceutical studies per se that have looked at those details. I would say we definitely should be thinking about it. There are different brains, different hormones and different interactions.

In the research we do have to look at that, but I don't know if we have enough to say what the differences are yet.

Senator Jaffer: Are there barriers between men and women for the use of medical cannabis or are there no barriers?

Col. Jetly: In the forces, neither of them can. But I think in the civilian world, no, not as far as I know.

Senator Jaffer: Thank you.

Senator Boniface: Thank you very much for being here again. I'm very interested in what you see as the potential of looking at how cannabis may be done.

Nous essayons de faire en sorte que les gens ne diagnostiquent pas eux-mêmes la maladie, mais qu'ils disent plutôt comment ils se sentent, bien ou mal en point, s'ils ne se portent pas mieux. Nous leur enseignons aussi comment reconnaître la maladie chez les autres.

C'est l'idée, car comme nous l'avons dit, l'un des plus importants obstacles aux soins est lorsque les personnes atteintes ne comprennent pas qu'elles sont malades. Lorsque des patients font une auto-évaluation et disent qu'ils se situent ou qu'un collègue se situe à peu près à telle couleur, par exemple l'orange, ils en informent ensuite un médecin.

Nous avons donc créé cette méthode, qui n'entraîne pas de stigmatisation. Elle examine comment vous vous sentez, comment vous dormez et comment vous interagissez avec vos amis. Si vous remarquez un changement en vous ou chez vos amis, prenez des mesures pour corriger la situation, ce qui vous amènera parfois à demander de l'aide. Nous essayons de travailler en ce sens.

La sénatrice Jaffer : Ma dernière question porte sur les différences entre les sexes relativement au cannabis à des fins médicales. Y a-t-il des considérations liées au genre qu'il faut prendre en considération en ce qui a trait au cannabis à des fins médicales? Par exemple, y a-t-il des signes qui indiquent que la consommation de cannabis toucherait différemment les femmes par rapport aux hommes?

Col Jetly : Plus de recherches doivent être effectuées pour le savoir. Lorsque nous commençons à examiner le cannabis, nous devons aussi réfléchir à son rôle sur le cycle menstruel, sur la grossesse et sur l'allaitement. Le cannabis est-il absorbé dans le lait maternel? Je sais que c'est liposoluble, alors j'imagine qu'il y a un risque, mais j'ai lu que peu d'études dans le domaine pharmaceutique ont examiné ces détails. Je dirais que nous devrions certainement y réfléchir. Le cerveau est différent, les hormones sont différentes et les interactions sont différentes.

Des recherches ont été réalisées sur le sujet, mais je ne sais pas si suffisamment de travaux de recherche ont été menés pour établir quelles sont les différences pour le moment.

La sénatrice Jaffer : Y a-t-il des barrières entre les hommes et les femmes pour ce qui de la consommation de cannabis à des fins médicales, ou n'y en a-t-il pas?

Col Jetly : Dans les forces, tant les hommes que les femmes ne peuvent en consommer. Chez les civils, non, pas que je sache.

La sénatrice Jaffer : Merci.

La sénatrice Boniface : Merci beaucoup d'être ici encore une fois. Je serais très intéressée de savoir comment on pourrait recueillir des renseignements sur le cannabis.

You made some reference here to sort of anecdotal information. Is there any plan in place to collect some of that data or to do some baseline data within the Armed Forces?

Col. Jetly: What we're hoping to do is not the definitive study, but a definitive study looking at treating people with PTSD and using — again, there are many types of PTSD, there are many types of marijuana, there are different ways of taking it and therein lies the problem. There are over 100 active products in marijuana. The ones that are mostly talked about in the health field, which is a bit of an exaggeration, is THC versus CBD, the two different ones.

In an ideal study, what one would do is take people and give the same person different levels of CBD versus THC and a placebo over time and look at the effect it has.

The ultimate study, though, would not just ask, "Do you feel better?" I think that's the confounding thing, because just like opiates, there is pain relief and then there is feeling warm and fuzzy. For years, we have struggled with which part of it helps people with dental pain or backache? That warm and fuzzy is actually a good feeling as well, so is the intoxication of marijuana a substitute for feeling better?

When we did the study with Cesamet, which is the synthetic endocannabinoid, we demonstrated that the nightmares went down compared to placebo. People actually reported having fewer nightmares, not just, "I felt better."

But if we did the ultimate study, we would do neuroimaging. You would show the changes in the brain and if those changes are quieting. We're doing a study using neurofeedback looking at the brain, and we have demonstrated the amygdala, which is the part of the brain that gets excited in PTSD, actually goes quiet after this treatment.

With marijuana, we can look to see the changes in the brain. We can also look at markers in the body such as inflammation. It has been purported to be good. There is a lot of inflammation in people who have PTSD and mental illness and they have more pain. So we can measure sleep, pain, neuroimaging, quality of life, all of those things to really demonstrate the efficacy but also the safety. We have to look at both things.

That would be the ideal study that we would hope to do in partnership with Veterans Affairs fairly soon.

Vous avez parlé de trier les données anecdotiques. Y a-t-il un plan en place pour recueillir une partie de ces données ou de colliger des données de référence dans les Forces armées?

Col Jetly : Nous ne voulons pas mener l'étude définitive, mais nous voulons mener une étude définitive qui se penche sur le traitement des personnes qui sont atteintes du trouble de stress post-traumatique, TSPT, et qui consomment du cannabis — là encore, il y a de nombreux types de TSPT, de nombreux types de marijuana et différentes façons de consommer le cannabis, et c'est là où le bât blesse. Il y a plus de 100 produits actifs dans la marijuana. Ceux dont on parle le plus dans le domaine de la santé, et de façon un peu excessive, sont le THC et le CBD, qui sont deux produits différents.

Dans une étude idéale, on administrerait à la même personne différents niveaux de CBD ou de THC et un placebo au fil du temps pour voir quels seront les effets.

Dans le cadre d'une étude idéale, cependant, on ne se contenterait pas de demander : « Vous sentez-vous mieux? » Je pense que c'est ce qui est déconcertant, car tout comme avec les opiacés, il y a le soulagement de la douleur et le sentiment de bien-être. Depuis des années, nous avons du mal à déterminer ce qui aide les gens qui souffrent de douleurs dentaires ou de maux de dos. Ce sentiment de bien-être est un sentiment agréable, si bien que la consommation de marijuana est-elle une solution de rechange pour se sentir mieux?

Lorsque nous avons mené l'étude avec Cesamet, qui est une substance synthétique qui agit sur le système endocannabinoïde, nous avons démontré que les cauchemars diminuaient chez les personnes qui prenaient le médicament par rapport aux personnes qui prenaient le placebo. Les gens signalaient avoir moins de cauchemars et n'avaient pas seulement l'impression de se sentir mieux.

Toutefois, si nous réalisions l'étude ultime, nous ferions appel à la neuroimagerie. On montrerait les changements dans le cerveau et on verrait s'ils ont des effets apaisants. Nous effectuons une étude dans laquelle nous examinons la rétroaction neurologique, et nous avons démontré que l'amygdale, qui est la partie du cerveau qui est stimulée lorsqu'une personne est atteinte du TSPT, est calme après ce traitement.

Avec la marijuana, nous pouvons examiner pour voir les changements dans le cerveau. Nous pouvons également examiner des indicateurs tels que l'inflammation. C'est apparemment efficace. Les personnes atteintes du TSPT et de maladie mentale ont beaucoup d'inflammation et plus de douleurs. Nous pouvons donc mesurer le sommeil, la douleur, la neuroimagerie, la qualité de vie et tous ces facteurs qui démontrent l'efficacité mais aussi l'innocuité. Nous devons examiner ces deux éléments.

Ce serait l'étude idéale que nous espérons réaliser en partenariat avec Anciens Combattants sous peu.

Senator Boniface: Do you foresee with the legalization that there may be greater openness to this type of a study?

Col. Jetly: I don't think there is a lack of openness. I really want to separate in my head the whole legalization versus this.

I had a discussion with our previous Surgeon General two years ago. We were driving to Petawawa to visit some troops, and I remember discussing how excited I was about this. We have a policy, but we're going to participate in research. If science says to me that we use cocaine in ENT, so to me "elicit" versus "illicit" doesn't matter.

My leadership is completely open to exploring this from a medicinal point of view, because if there is something that can help people that conventional treatments don't help, we are interested in that.

Senator Boniface: Thank you.

Senator McIntyre: Thank you, Colonel Jetly, for your presentation.

There are mental health programs available at both larger and smaller Canadian Armed Forces bases. In addition, as I understand it, there are Operational and Trauma Stress Support Centres. Could you elaborate a bit on those programs and tell us a little bit about the centres and the operation of those centres?

Col. Jetly: Sure. In a way, thinking about the OTSSCs, those are on our larger bases. When we think about military bases, there are very large bases, intermediate bases and small bases. Technically, if you look at stations versus bases and all of that, there are about 31 across the country and all of them have an element of mental health services. It can range from a couple of social workers to 50 professionals.

The OTSSCs in many ways are on the bases that have the largest populations. Around the late 1990s, after Rwanda, Somalia and the former Yugoslavia, when we started to become more focused on the potential PTSD, we created these operational trauma and stress or PTSD clinics, if you will.

As I mentioned the other day, the only outcome isn't PTSD after trauma, so that's why we didn't call them PTSD clinics because people can be depressed, have substance use problems and all that.

La sénatrice Boniface : Avec la légalisation, croyez-vous qu'il y aura une plus grande ouverture à l'égard de ce type d'étude?

Col Jetly : Je ne pense pas qu'il y a un manque d'ouverture. Je veux vraiment faire la distinction dans ma tête entre la légalisation et ceci.

J'ai eu une discussion avec notre ancien médecin général il y a deux ans. Nous étions en route vers Petawawa pour rendre visite à des troupes, et je me rappelle lui avoir dit à quel point j'étais emballé. Nous avons une politique, mais nous allons participer à des recherches. Si les recherches me disent que nous utilisons la cocaïne dans les interventions chirurgicales à l'oreille, au nez ou à la gorge, alors peu m'importe si c'est illicite ou non.

Mon ministère est tout à fait ouvert à explorer la question d'un point de vue médicinal, car s'il existe une substance qui peut aider les gens d'une manière que les traitements conventionnels ne peuvent pas le faire, nous nous intéresserons à cette substance.

La sénatrice Boniface : Merci.

Le sénateur McIntyre : Merci, colonel Jetly, de votre exposé.

Des programmes de santé mentale sont offerts aux bases des Forces armées canadiennes de grande et de petite taille. De plus, si j'ai bien compris, il y a des centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, CSTSO. Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ces programmes et sur les centres et leur fonctionnement?

Col Jetly : Certainement. D'une certaine manière, les CSTSO se trouvent sur les bases de plus grande taille. Si l'on pense aux bases militaires, elles sont de grande, de moyenne ou de petite taille. Techniquement, si l'on regarde les postes par opposition aux bases, il y en a environ 31 au pays et ils offrent tous des services de santé mentale. Ils peuvent aller de quelques travailleurs sociaux à 50 professionnels de la santé.

À bien des égards, les CSTSO sont sur les bases qui ont les populations les plus importantes. Vers la fin des années 1990, après le Rwanda, la Somalie et l'ancienne Yougoslavie, lorsque nous commençons à nous concentrer davantage sur le TSPT, nous avons créé ces cliniques de soins pour trauma et stress opérationnels.

Comme je l'ai mentionné l'autre jour, le seul résultat n'est pas qu'une personne souffrira du TSPT après avoir subi un traumatisme, et c'est pourquoi nous n'avons pas appelé ces cliniques des cliniques de traitement du TSPT car les gens peuvent souffrir de dépression, de toxicomanie et d'autres problèmes.

We created five originally, and we added to seven. They are basically the two navy bases in Halifax and Esquimalt, and then our army bases across the country: Gagetown, Quebec City, Valcartier, Petawawa. We have one in Ottawa, as well, because of our large population, and Petawawa and Edmonton.

The Operational Trauma and Stress Support Centres have gathered, over the last almost two decades — I ran the one in Halifax for a number of years — specific expertise in the treatment of psychological trauma and the consequences. We use a team-based approach which separates us from the usual public systems where you have the stovepipe between therapists and doctors, and OHIP pays for some things and not others. We have psychiatry; psychology; mental health nursing; social work; specifically trained padres, chaplains, that have specific mental health training and counselling training; and addiction counsellors. They are all part of the specialized team that works together with a team-based approach.

If we assess someone and diagnose that someone has PTSD, but in discussion with our team, the most important thing for that person right now might actually be couples therapy, as opposed to diving into the treatment of PTSD. We have our social work colleagues that can focus on that, because at some point, whether the spouse is going to stay or not over the next couple of years may trump whether or not we dive into the PTSD treatment.

It's an evidence-based, team-based approach across the country, and on these larger bases we have that. On the smaller bases, there is the expertise still, depending on the bases you're at, but the larger centres have the gathered the main expertise.

Senator McIntyre: What about the treatment of PTSD among members of the military? Are those programs and treatments available? What treatments are currently the most successful?

Col. Jetty: The most successful treatments by evidence are the exposure-based therapies, which is the prolonged exposure. It's a phase-oriented approach. The first phase is to settle people down, maybe treat the drinking, the marital difficulties, and correct sleep or depression. We are teaching them skills to relax.

Once that occurs, most of the treatments involve what is called an exposure-based approach, which is exposing them to the thing that traumatized them in the first place, and then using classical conditioning types of things, such as desensitization and habituation. It lessens the sharpness of those memories that are over-remembered.

Nous en avons créé cinq initialement, et nous en avons maintenant sept. Elles sont essentiellement situées sur nos bases navales à Halifax et à Esquimalt et sur différentes bases militaires au pays : Gagetown, Québec, Valcartier, Petawawa. Nous en avons une à Ottawa également, en raison de notre population importante, ainsi qu'à Petawawa et à Edmonton.

Les centres de soutien pour trauma et stress opérationnels ont regroupé, en près de deux décennies — j'en ai dirigé un à Halifax pendant plusieurs années —, une expertise particulière dans le traitement des traumatismes psychologiques et leurs conséquences. Nous utilisons une approche axée sur le travail d'équipe, ce qui nous distingue des systèmes publics habituels où il y a un cloisonnement entre les thérapeutes et les médecins et où la RAMO paie pour certains traitements mais pas pour d'autres. Nous avons des psychiatres, des psychologues, du personnel infirmier en santé mentale, des travailleurs sociaux, des aumôniers qui ont suivi des formations en santé mentale et en counselling, et des conseillers en toxicomanie. Ils font tous partie de l'équipe spécialisée qui travaille ensemble.

Admettons que nous examinons une personne et que nous lui diagnostiquons un TSPT et, en discutant avec notre équipe, nous constatons que le plus important pour cette personne dans l'immédiat est de suivre une thérapie de couple avant d'être traitée pour son TSPT. Nous avons nos collègues dans le domaine du travail social qui peuvent se concentrer là-dessus, car la décision du conjoint ou de la conjointe de rester dans le couple ou non au cours des prochaines années peut avoir préséance sur le traitement du TSPT.

C'est une approche fondée sur des données probantes et axée sur le travail d'équipe adoptée à l'échelle du pays et dans nos bases de plus grande taille. Dans les bases de plus petite taille, il y a des experts, selon les bases, mais les principaux experts se trouvent dans les bases de plus grande taille.

Le sénateur McIntyre : Qu'en est-il du traitement du TSPT parmi les militaires? Ces programmes et ces traitements sont-ils disponibles? Quels traitements sont les plus efficaces à l'heure actuelle?

Col Jetty : Les traitements les plus efficaces, d'après les données probantes, sont les thérapies fondées sur l'exposition, à savoir l'exposition prolongée. C'est une approche orientée sur les phases. La première phase consiste à calmer les gens, peut-être à traiter la consommation d'alcool, à régler les difficultés conjugales, et à traiter l'insomnie ou la dépression. Nous leur montrons à relaxer.

Une fois que c'est fait, la majorité des traitements adoptent une approche axée sur l'exposition, qui consiste à exposer les personnes à leur traumatisme, puis nous utilisons des outils de conditionnement classique tels que la désensibilisation et l'accoutumance. Ce faisant, on atténue la netteté de ces souvenirs qui envahissent leurs pensées.

One way of thinking about it is if I asked you to watch the scariest movie you have ever seen, you watch it with one eye open. If you watched it 10 days in a row, on the tenth day it would bother you less.

EMDR — Eye Movement Desensitization and Reprocessing — prolonged exposure, the cognitive processing therapy, these are classic therapies. The problem with them is they don't work for everybody, and there is also a high dropout rate. They are extremely hard.

My colleagues in NATO and some of us are a bit critical of them. They are all based on a fear-based paradigm of PTSD, like an anxiety, and there are limitations to that. We have been talking more and more that maybe people don't get better because of guilt and shame. Maybe there is a moral injury component or, maybe, "I don't deserve to get better."

We see people who have been completely compliant in treatment. We need to listen to our patients and try to figure out what exactly is bothering them. Let's not assume it's this thing. It could be seeing that child in the gutter.

We have an international consortium with seven or eight countries that are looking at operationalizing this moral injury, guilt, shame and things.

Senator McIntyre: Some researchers told the subcommittee that PTSD experienced by military members is not the same as PTSD experienced by civilians, and that it does not respond as well to treatment.

Col. Jetly: It responds less, as I said.

Senator McIntyre: What are the major differences? What are the reasons for these differences?

Col. Jetly: Reasons? That's the million-dollar question. I wish we knew.

As I just touched upon, I think the role of moral injury, shame, guilt, anger — those are humiliation. I think that's a very unique and compelling part of our story.

Feeling let down by your country, let down by the people of the country, let down by your government, your leadership, sometimes that becomes a swelling piece.

There is a great book by our colleague Charles Hoge, called *Once a Warrior — Always a Warrior*. He is a retired colonel from the United States.

The other thing is the civilian PTSD literature often talks about "victimhood." There is a whole language and culture around this. Soldiers in a Western army, a volunteer military that

Une façon de décrire cette méthode est que si je vous demande de regarder le film le plus effrayant que vous avez regardé dans votre vie, vous le regarderez avec un œil ouvert. Si vous le regardez 10 jours d'affilée, vous serez moins effrayé le 10^e jour.

L'EMDR — la désensibilisation et le reconditionnement à l'aide de mouvements oculaires —, l'exposition prolongée et la thérapie par le traitement cognitif sont des thérapies classiques. Le problème avec ces thérapies, c'est qu'elles ne fonctionnent pas pour tout le monde, et le taux d'abandon est très élevé. Ces thérapies sont extrêmement difficiles.

Mes collègues à l'OTAN et quelques-uns d'entre nous les critiquent un peu. Elles sont toutes fondées sur un paradigme axé sur la peur du TSPT, comme l'anxiété, et il y a des limites à ces méthodes. Nous parlons de plus en plus que l'état des gens ne s'améliore peut-être pas à cause de la culpabilité et de la honte. Il y a peut-être une blessure morale, ou les gens pensent peut-être qu'ils ne méritent pas d'aller mieux.

Nous voyons des gens qui suivent le traitement à la lettre. Nous devons écouter nos patients et essayer de découvrir ce qui les trouble. Ne présumons rien. Leur traumatisme est peut-être attribuable au fait qu'ils ont vu un enfant dans le caniveau.

Nous avons un consortium international avec sept ou huit pays qui envisagent d'opérationnaliser cette blessure morale, cette culpabilité, cette honte.

Le sénateur McIntyre : Des chercheurs ont fait savoir au sous-comité que le TPST dont sont atteints les militaires n'est pas le même TPST dont sont atteints les civils, et ils ne réagissent pas aussi bien aux traitements.

Col Jetly : Ils réagissent moins, comme je l'ai dit.

Le sénateur McIntyre : Quelles sont les principales différences? Quelles sont les raisons de ces différences?

Col Jetly : Les raisons? C'est la question à un million de dollars. J'aimerais bien connaître la réponse.

Comme je viens de le mentionner, je pense que le rôle de la blessure morale, de la honte, de la culpabilité, de la colère... c'est l'humiliation. Je pense que c'est un élément très unique et important de notre histoire.

Le fait de se sentir abandonné par son pays, par ses habitants, par votre gouvernement, votre leadership, est souvent le facteur aggravant.

Il y a un excellent livre qui a été rédigé par notre collègue, Charles Hoge, intitulé *Once a Warrior — Always a Warrior*. C'est un colonel à la retraite des États-Unis.

Par ailleurs, la documentation sur le TSPT chez les civils parle souvent de « victimisation ». Il y a une terminologie et une culture propres à ce phénomène. Les soldats dans une armée

goes to war, don't consider themselves victims of war. There is a whole different way of thinking about this kind of injury than the victimhood.

There are many differences. That's why we need to do research on our own population and not necessarily rely on research that has been done on motor vehicle accidents, rape victims, and things like that.

Senator McIntyre: In other words, more research is needed.

Col. Jetly: More research on our own population, absolutely.

Senator Richards: Thank you very much, colonel, for coming. My question was pretty well answered. I was wondering if there was any therapy beyond marijuana medication for people.

People have talked to me about this and said I'm wrong, but my thinking is that it masks the problem rather than cures it. Most of these men and women probably self-medicate before they ever get to see a psychiatrist or someone, because they are in trouble and in pain. Self-medication might not stop with the therapy, and I'm wondering if there were other means of addressing PTSD. You kind of answered it when you answered Senator McIntyre.

Col. Jetly: That's a very important question. I'm a psychiatrist. I'm a medical doctor. I prescribe medication, but the cornerstone treatment of PTSD is psychotherapy. It's not medication. That's really important.

Thank you for bringing that point up. The medication quiets the noise to allow the therapy to occur. What you have is an over-consolidated memory. You remember something too well. Normally, memories go fuzzy. If a woman remembered how painful childbirth was, she would never have a second baby, right?

These memories from trauma are over-consolidated. They are too strong. Making sense of the trauma and connecting the effect and emotions with the memory, so taking it from your desktop into your hard drive, we don't have a medication yet that can do that, so it's going to be talk therapy.

What we want to do is try to quiet the noise, try to fix the depression, and get them sleep. Sometimes we need to use medication for that.

Hopefully, there won't be anyone who works in the trauma field that suggests that medication alone is the treatment for it.

occidentale, les militaires bénévoles qui vont à la guerre, ne se considèrent pas comme étant des victimes de la guerre. La façon de concevoir ce type de blessure est complètement différente de la notion de victimisation.

Il y a de nombreuses différences. C'est la raison pour laquelle nous devons effectuer des recherches sur notre propre population et non pas seulement nous fier aux recherches qui ont été menées chez les victimes d'accidents de la route, de viol, et cetera.

Le sénateur McIntyre : Autrement dit, il faut faire plus de recherches.

Col Jetly : Il faut mener plus de recherches auprès de notre population, absolument.

Le sénateur Richards : Merci beaucoup, colonel, d'être venu. J'ai obtenu une bonne réponse à ma question. Je me demandais s'il existe des thérapies autres que l'utilisation de la marijuana à des fins médicinales.

Des gens m'ont parlé à ce sujet et m'ont dit que j'ai tort, mais je suis d'avis que cela occulte le problème plutôt que de le régler. La majorité de ces hommes et de ces femmes se médicamentent probablement eux-mêmes avant de consulter un psychiatre ou un professionnel de la santé car ils souffrent et éprouvent des difficultés. L'automédication ne cessera peut-être pas avec la thérapie, et je me demande s'il existe d'autres moyens de traiter le TSPT. Vous avez répondu en quelque sorte à cette question lorsque vous avez répondu aux questions du sénateur McIntyre.

Col Jetly : C'est une question très importante. Je suis psychiatre. Je suis médecin. Je prescris des médicaments, mais le principal traitement du TSPT est la psychothérapie. Ce ne sont pas les médicaments. C'est vraiment important.

Merci de soulever ce point. Les médicaments ont un effet apaisant pour pouvoir aller de l'avant avec la thérapie. La personne a une mémoire surconsolidée. Elle se rappelle trop clairement un souvenir. Normalement, les souvenirs s'estompent. Si une femme se rappelait à quel point l'accouchement est douloureux, elle n'aurait jamais un deuxième bébé, n'est-ce pas?

Ces souvenirs de traumatismes sont surconsolidés. Ils sont trop vifs dans l'esprit des gens. Si nous voulons trouver une logique aux traumatismes et relier l'effet et les émotions, télécharger les éléments d'information sur le disque dur, aucun médicament ne peut faire cela, si bien qu'il faut se tourner vers la thérapie par la parole.

Nous voulons apaiser la personne, essayer de traiter la dépression et veiller à ce qu'elle dorme. Nous devons parfois utiliser des médicaments.

J'espère que personne qui œuvre dans le domaine du traitement des traumatismes ne suggérera que la prise de médicaments à elle seule peut traiter le trouble.

With our own nightmare medications Cesamet and prazosin — we use a few specific elegant little medications — most of the time if people stop taking them, the nightmares come back. So you're not actually treating the illness, which is okay. You might have a chronic pain condition. The pain meds help you with the pain, but the nightmares will go away once the memory has been consolidated, so psychotherapy is a must.

Senator Richards: Thank you.

[Translation]

The Chair: Before we conclude, Colonel Jetly, I'd like to ask you a question, which I may already have asked when you appeared before the Standing Senate Committee on National Security and Defence. We are talking about treatment for members of the military, but if this also affects family members, will you also provide treatment for family members, spouses and children?

[English]

Col. Jetly: The Canadian Armed Forces and the literature recognize the impact on families in very broad ways. There is the impact from simply having an ill person in the family that can occur, whether it's psychological, physical or chronic illness. There is also an interesting intergenerational effect of PTSD that is an epigenetic phenomenon.

We are limited by the Canada Health Act in terms of how much direct care we can provide to families in that traditional medical model of care, but we stretch that definition to the absolute maximum that we can.

If someone is suffering from PTSD right from the early assessment phase, we invite the spouse in to get an understanding of the spouse's experience, the collateral. We can do it under the guise of how we can help the member. Of course, the member's confidentiality will dictate whether or not the spouse comes in. So couples therapy for the spouse.

Across the country, we run spousal groups. We will have six or seven sessions where we will have an "ask the expert." One might be talking about medication and one about self-care, to help the spouses that way.

Our Military Family Resource Centres have more and more things in place specifically for this in the sense that they have social workers in place to help families. There is emergency babysitting and all the different programs we have.

Avec nos médicaments contre les cauchemars, Cesamet et Prazosine — nous utilisons quelques petits médicaments —, la plupart du temps, si les gens cessent de les prendre, les cauchemars reviennent. Donc, on ne traite pas le problème, ce qui est correct. La personne peut souffrir de douleurs chroniques. Les médicaments contre la douleur peuvent aider à atténuer la douleur, mais les cauchemars disparaîtront une fois que la mémoire aura été consolidée, si bien que la psychothérapie est impérative.

Le sénateur Richards : Merci.

[Français]

Le président : Avant de conclure, colonel Jetly, j'aimerais vous poser une question que j'ai peut-être déjà posée lors de votre comparution au Comité sénatorial de la sécurité nationale et de la défense. On parle de traiter les militaires, mais si cela affecte les membres de la famille, allez-vous également vous occuper des membres de la famille, des conjoints, des conjointes et des enfants?

[Traduction]

Col Jetly : Les Forces armées canadiennes et les publications reconnaissent les graves répercussions sur les familles. Il y a l'incidence d'avoir une personne malade dans la famille, qu'elle souffre d'une maladie psychologique, physique ou chronique. Il y a aussi un effet intergénérationnel intéressant du TSPT qui est un phénomène épigénétique.

La Loi canadienne sur la santé nous limite quant aux soins directs que nous pouvons offrir aux familles dans le cadre de soins médicaux traditionnels, mais nous étirons au maximum cette définition.

Si on détermine qu'une personne est atteinte du TSPT dès l'évaluation préliminaire, nous invitons le conjoint ou la conjointe à comprendre ce que vit son partenaire. Nous pouvons le faire en évaluant comment nous pouvons aider la personne. Bien entendu, le respect de la confidentialité de la personne déterminera si son partenaire participera au processus. Une thérapie de couple sera offerte.

Au pays, nous avons des groupes de conjoints. Nous tiendrons six ou sept séances où nous pourrions poser des questions à un expert. On peut notamment discuter des médicaments et d'autonomie en matière de soins de santé pour aider les conjoints.

Nos Centres de ressources pour les familles des militaires ont de plus en plus d'initiatives en place et ont des travailleurs sociaux sur place pour venir en aide aux familles. Ils offrent des services de garderie d'urgence et toutes sortes de programmes différents.

Our Road to Mental Readiness has a family module, our resiliency training and specific things aimed for families. There are more and more things being developed with our civilian partners. There is a comic book to help children understand what it is like when Mom and Dad are sick. There is a huge emphasis on trying to help them, short of direct care for mental illness in a spouse. Again, that's the Canada Health Act which limits that for us.

[*Translation*]

The Chair: Thank you for your testimony, Colonel Jetly. We have kept you busy this week. You appeared before the Standing Senate Committee on National Security and Defence Monday, and today, you are here before our committee. Your testimony will be very helpful when we prepare our report. Once again, thank you for having made yourself available.

(The committee adjourned.)

Notre formation l'en route vers la préparation mentale comporte un modèle sur les familles, et nous offrons une formation sur la résilience et d'autres mesures précises destinées aux familles. De plus en plus de ressources sont en train d'être élaborées conjointement avec nos partenaires civils. Il y a une bande dessinée pour aider les enfants à comprendre ce qui se passe lorsque leur mère et leur père sont malades. On déploie d'énormes efforts pour essayer de les aider, en raison du manque de soins directs pour traiter les maladies mentales. Là encore, la Loi canadienne sur la santé nous limite.

[*français*]

Le président : Merci de votre témoignage, colonel Jetly. Nous vous avons tenu occupé cette semaine. Vous avez comparu au Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense lundi et aujourd'hui, vous êtes ici devant notre comité. Votre témoignage sera très utile pour la rédaction de notre rapport. Encore une fois, merci de vous être rendu disponible.

(La séance est levée.)

WITNESS

Department of National Defence and Canadian Armed Forces:

Colonel Rakesh Jetly, Senior Psychiatrist and Mental Health
Advisor, Canadian Forces Health Services Group.

TÉMOIN

Ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes :

Colonel Rakesh Jetly, psychiatre principal et conseiller en santé
mentale, Groupe des services de santé des Forces canadiennes.